

Генеральному директору  
ООО «Идеал»  
Ермизиной С.В.  
от  
проживающего по адресу:

### ЗАЯВЛЕНИЕ (СОГЛАСИЕ)

Я,

(Ф.И.О. заявителя)

даю свое согласие на обследование и лечение моего несовершеннолетнего ребенка

(Ф.И.О., число, месяц и год рождения ребенка)

законным представителем которого я являюсь, в стоматологической клинике ООО «Идеал». При этом ребенка будет сопровождать:

(Ф.И.О. и паспортные данные сопровождающего лица)

Данное сопровождающее лицо вправе расписываться за меня и совершать все действия, связанные с выполнением этого поручения.

(личная подпись заявителя)

(ФИО)

### СОГЛАСИЕ ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я, нижеподписавшийся  
зарегистрированный по адресу:

\_\_\_\_\_

проживающий по адресу:

\_\_\_\_\_

документ удостоверяющий личность:

в соответствии с требованиями ст.ст.23,24 Конституции РФ, статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ "О персональных данных", в целях ведения медицинского учета, подтверждаю свое согласие на обработку ООО «Идеал», расположенным по адресу: 675000, Амурская обл., г. Благовещенск ул. Горького 64, офис 8 (далее – Учреждение-Оператор), моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество, пол, дату рождения, адрес места жительства, контактный(ы) телефон(ы), реквизиты полиса ОМС(ДМС), страховой номер индивидуального лицевого счета в Пенсионном фонде России (СНИЛС), данные о состоянии моего здоровья, заболеваниях, случаях обращения за медицинской помощью – в медико-профилактических целях, в целях установления медицинского диагноза и оказания медицинских услуг при условии, что их обработка осуществляется лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

В процессе оказания Учреждением - оператором мне медицинской помощи я предоставляю право его работникам осуществлять следующий перечень действий с моими персональными данными:

- обработку (сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение) моих персональных данных неавтоматизированным способом.

- обработку моих персональных данных посредством внесения их в электронную базу данных, включения в списки (реестры) и отчетные формы, предусмотренные документами, регламентирующими предоставление отчетных данных (документов) по ОМС (договором ДМС).

- во исполнение своих обязательств по работе в системе ОМС, обмен (прием и передача) моих персональных данных со страховой медицинской организацией и территориальным фондом ОМС, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, профессионально занимающимся медицинской деятельностью.

- обмен (прием и передача) моими персональными данными с другими операторами, контролирующими органами (Пенсионный фонд РФ, ФНС, ФСС, Федеральный орган государственной статистики), во исполнение своих обязательств по трудовому договору, с использованием машинных носителей или по каналам связи с соблюдением мер, обеспечивающих их защиту от несанкционированного доступа, при условии, что их прием и обработка будут осуществляться лицом, обязанным сохранять профессиональную тайну.

- передачу моих персональных данных, содержащих сведения, составляющие врачебную тайну, другим должностным лицам Учреждения-оператора, в интересах моего обследования и лечения, в том числе, с возможностью передачи с использованием бумажных и машинных носителей, в том числе по каналам связи и по внутренней сети организации с использованием технических и программных средств защиты информации, с доступом только для должностных лиц Учреждения-Оператора, включенных в соответствующий Перечень должностных лиц, в том числе лицам, профессионально занимающимся медицинской деятельностью и обязанным сохранять врачебную тайну.

Подписанием настоящего согласия предоставляю Оператору также право на (при отказе – зачеркивается):

- информирование меня о проводимых Оператором акциях, предоставляемых скидках и льготах, путем предоставления информации с использованием моих контактных данных (SMS-рассылки, уведомления по предоставленному адресу электронной почты);

- использовать мое фотоизображение (при условии невозможности моей идентификации), полученное в процессе лечения, в иллюстрации методических и научных публикаций Оператора и профессиональных объединений, членом которых являются работники Оператора (врачи).

Срок хранения моих персональных данных соответствует сроку хранения первичных медицинских документов (медицинской карты) и составляет двадцать пять лет(стационар), пять лет – для поликлиники. Передача моих персональных данных иным лицам или иное их разглашение может осуществляться только с моего дополнительного письменного согласия.

Подтверждаю, что до подписания настоящего согласия ознакомился с Положением о защите персональных данных пациентов ООО «Идеал», расположенным по адресу: 675000, Амурская обл., г. Благовещенск ул. Горького 64, офис 8.

Настоящее согласие дано мной 29 августа 2019 г. и действует бессрочно.

Условием прекращения обработки персональных данных является получение Учреждением-оператором моего письменного уведомления об отзыве Согласия на обработку моих персональных данных.

Настоящее Согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение неопределенного срока.

Подпись субъекта персональных данных:

(расшифровка подписи)